Projekt współfinansowany ze środków Unii Europejskiej
w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

Załącznik nr 1 do Regulaminu projektu

FORMULARZ REKRUTACYJNY

Tytuł projektu	**„WRÓCIĆ DO PRACY – KOMPLEKSOWE WSPARCIE DLA OSÓB BEZROBOTNYCH W POWIECIE LIPSKIM”**
Numer projektu	POKL.07.02.01-14-053/14
Priorytet	VII Promocja integracji społecznej
Działanie	7.2 Przeciwdziałanie wykluczeniu i wzmocnienie sektora ekonomii społecznej
Poddziałanie	7.2.1 Aktywizacja zawodowa i społeczna osób zagrożonych wykluczeniem społecznym

UWAGA:
Formularz rekrutacyjny należy wypełnić zgodnie z prawdą i stanem faktycznym, czytelnie, drukowanymi literami (wypełnia się wszystkie poniższe pola).

DANE UCZESTNIKA	
Imiona	
Nazwisko	
Płeć	☐ kobieta ☐ mężczyzna
Wiek w chwili przystąpienia do projektu	
Numer PESEL	
Numer NIP	
Data urodzenia	
Miejsce urodzenia	
Wykształcenie	☐ brak ☐ podstawowe ☐ gimnazjalne ☐ zasadnicze zawodowe ☐ średnie ☐ pomaturalne ☐ wyższe *(proszę zaznaczyć właściwe)*

Projekt współfinansowany ze środków Unii Europejskiej
w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

DANE KONTAKTOWE	
Ulica (nr domu i lokalu) lub miejscowość i nr domu	
Kod pocztowy i miejscowość pocztowa	
Obszar	☐ wiejski ☐ miejski *(proszę zaznaczyć właściwe)*
Gmina	
Powiat	
Województwo	
Telefony kontaktowe	telefon komórkowy: ……..…… telefon stacjonarny: …….. e-mail: ……
DODATKOWE INFORMACJE	
Status na rynku pracy	➢ jestem osobą zarejestrowaną w PUP jako bezrobotna: ☐ TAK ☐ NIE * poniżej 6 miesięcy ☐ TAK ☐ NIE * przez okres od 6 do 12 miesięcy: ☐ TAK ☐ NIE * przez okres od 12 do 24 miesięcy: ☐ TAK ☐ NIE * powyżej 24 miesięcy: ☐ TAK ☐ NIE ➢ jestem osobą uczącą się lub kształcącą: ☐ TAK ☐ NIE (przypadku osób uczących się lub kształcących proszę podać nazwę Szkoły: ……..……..…… ……..……..……)

CKU Solec nad Wisłą

Lider projektu:
Wielkopolskie Stowarzyszenie na Rzecz Rozwoju Obszarów Wiejskich

Partner projektu:
Centrum Kształcenia Ustawicznego w Solcu nad Wisłą

Dodatkowe dane	➢ jestem osobą niepełnosprawną: ☐ TAK ☐ NIE (jeśli tak, proszę podać rodzaj i oznaczenie niepełnosprawności: …….)
	➢ posiadam staż pracy: ☐ TAK ☐ NIE (jeśli tak, proszę podać czasokres stażu pracy: …… lat)
	Proszę podać dochód netto w przeliczeniu na 1 osobę w rodzinie: …… złotych.

Ja niżej podpisana/y oświadczam niniejszym, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych (zgodnie z ustawą z dnia 29.08.1997 roku o ochronie danych osobowych Dz. U. Nr 133, poz. 883).

Oświadczam, że podane dane są zgodne z prawdą, oraz że zobowiązuję się do niezwłocznego pisemnego informowania Projektodawcy o każdej ich zmianie podczas udziału w projekcie, nie później jednak niż w terminie 7 dni od jej zaistnienia.

…… (miejscowość, data)

…… (czytelny podpis Uczestnika projektu)